

**ISTRUZIONI PER IL CARE MANAGER**

Ai soggetti ritenuti idonei bisogna comunicare le scelte di assistenza e deve essere offerta la possibilità di scegliere tra servizi istituzionali e servizi forniti a domicilio e in comunità. Nel corso di un incontro svolto di persona, il care manager fornirà le informazioni e parlerà della libertà di scelta. Il soggetto in questione o i suoi genitori/tutori legali/rappresentanti legali dovranno firmare il modulo della libertà di scelta e indicare la propria decisione di partecipare oppure no al Programma per minori 1915 (c) HCBS (HCBS 1915 (c) Children's Waiver). Questo modulo dovrà essere firmato da un testimone e datato; conservato nel fascicolo del partecipante o del suo genitore/tutore legale/rappresentante legale e, su richiesta, consegnato in copia al partecipante/genitore/tutore legale/rappresentante legale.

**Informazioni sul minore/giovane**

Nome del minore/giovane

Data di nascita

**Ho letto e compreso:**

- Le informazioni sulle alternative al Programma per minori, e mi è stata data la possibilità di scegliere l'ammissione a un contesto istituzionale o ai servizi forniti a domicilio e in comunità (HCBS) in base al Programma per minori 1915(c) (42 CFR §441.302(d)).
- Le informazioni sulle opzioni dei servizi disponibili, tra cui le informazioni sulla natura del programma e sulle modalità di accesso ai servizi e agli aiuti per accedere a risorse comunitarie e fornitori.
- L'elenco delle strutture Health Home (HH), delle agenzie di gestione sanitaria (CMA) e dei fornitori di servizi presenti nella mia zona, compresi i fornitori di servizi a domicilio e in comunità (HCBS).

**Sono consapevole di quanto segue:**

- Richiedo la partecipazione al Programma per minori 1915 (c) HCBS, se i requisiti di idoneità sono soddisfatti ed è disponibile un posto.
- La partecipazione si baserà sulla mia scelta di ricevere i servizi HCBS rimanendo in comunità e a casa.
- Mi è stato concesso il diritto di scegliere l'agenzia che provvederà a coordinare l'assistenza per i servizi HCBS, la gestione sanitaria in HH, le CMA o i servizi di valutazione per minori e giovani (C-YES).
- Mi è stato concesso il diritto di scegliere il servizio (o i servizi) e il fornitore (o i fornitori) disponibili nella mia zona.

**Prima iscrizione al Programma per minori - scegliere una delle voci seguenti:**

- Scelgo di iscrivermi al programma di gestione sanitaria in HH; mi è stata offerta la possibilità di scegliere le strutture HH e/o le CMA disponibili con cui collaborare.  
OPPURE
- NON** voglio iscrivermi al programma di gestione sanitaria in HH. Scelgo di ricevere i servizi e gli aiuti previsti dal Programma per minori 1915(c) HCBS mediante C-YES. (Compilare il modulo di rinuncia HH DOH-5059).  
OPPURE
- Pur soddisfacendo i requisiti di idoneità, scelgo di non partecipare al Programma per minori 1915(c) HCBS.

**In caso di rideterminazione annuale del Programma per minori, scegliere tra le seguenti:**

- NON VOGLIO PIÙ** ottenere/continuare ad avere l'idoneità ai servizi del Programma per minori 1915(c) HCBS. Sono consapevole che potrei richiedere una decisione in merito all'idoneità in un momento successivo.  
OPPURE
- Voglio continuare ad avere l'idoneità ai servizi del Programma per minori 1915(c) HCBS e servirmi dell'attuale agenzia di coordinamento dell'assistenza.  
E
- Confermo di aver ricevuto i risultati della mia valutazione annuale per la rideterminazione dell'idoneità ai servizi HCBS.

**Firmando il presente modulo di libertà di scelta, confermo di aver ricevuto dal mio care manager ogni chiarimento su ciascuna voce, compreso come presentare una denuncia per evento critico e/o un reclamo/ricorso, e di aver ricevuto l'opuscolo informativo sui diritti e i doveri dei partecipanti al Programma per minori.**

**Richiedente** (per soggetti di almeno 18 anni o minori di 18 anni che sono genitori, in gravidanza e/o sposati e in grado di fornire autonomamente il consenso)

Nome in stampatello

Firma

Data

**Genitore/Tutore legale/Rappresentante legale** (per soggetti minori di 18 anni che non sono in grado di fornire autonomamente il consenso)

Nome in stampatello

Firma

Data

**Care Manager HH/Testimone**

Nome in stampatello

Firma

Data